

Міністерство охорони здоров'я України  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Рада молодих учених  
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XVII НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

# **«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

**м. Дніпро, Україна  
2017**

шення маси міокарду ЛШ.

І.В.Пустова, А.В.Черніловський

# СТРАТИФІКАЦІЯ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ НИРОК

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра сімейної медицини ФПО

**Актуальність.** За офіційними даними Центра медичної статистики МОЗ України, питома вага хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) є сталою з тенденцією до збільшення, що в середньому складає біля 32 % дорослого населення країни, з них 60 % пацієнтів – це особи працездатного віку, стан здоров'я яких суттєво впливає на трудові та економічні резерви держави. В багатоцентричних контрольованих дослідженнях доведено пріоритетне значення АГ в розвитку таких серцево-судинних ускладнень, як інсульт та інфаркт міокарда, які обумовлюють зростання інвалідності та передчасної смертності населення. Неконтрольована АГ вважається одним із найбільш вагомих чинників зменшення тривалості життя населення. За результатами 20-річного проспективного дослідження наявність АГ підвищує ризик загальної смертності: у чоловіків в 4,5 рази, у жінок – в 2,0 рази, а ризик виникнення ускладнень та смерті зростає відповідно до числа супутніх факторів ризику.

**Мета дослідження:** провести стратифікації ризику за шкалою SCOR з оцінкою прогнозу у хворих з артеріальною гіпертензією та патологією нирок.

**Матеріали та методи дослідження.** Дійсне дослідження проведено на базі нефрологічного відділення Дніпропетровської багатопрофільної міської клінічної лікарні №4. До групи дослідження увійшли 28 хворих, з них 15 (53,5%) чоловіки та 13 осіб (46,5%) - жінки. Віковий склад обстежених хворих становив від 20 до 74 років, серед яких осіб молодого віку (від 18 до 44 років) було 10 пацієнтів (35,7%), середнього віку також 10 пацієнтів (35,7%) та 8 осіб – літнього віку (8 пацієнтів, 28,6%).

Всім хворими було проведено стандартизоване лабораторне обстеження: загальний аналіз крові та сечі, з біохімічних досліджень - загальний холестерин, з інструментальних – ЕКГ та розрахована швидкість клубочкової фільтрації (відповідно наказу №65/462 від 30.09.2003 МОЗ України та АМН України).

**Результати та обговорення.** З анамнестичних даних 15 осіб (53,57%) мали хронічний пієлонефрит; 7 (25%) - діабетичну нефропатію; 2 (7,1%) - аномалії розвитку нирок; та 4 (14,28%) - хронічний гломерулонефрит.

Структура верифікованих у нефрологічному відділенні діагнозів, а саме хронічного захворювання нирок (ХЗН), представлена на рисунку 1. Серед супутніх діагнозів у досліджуваних пацієнтів ішемічну хворобу серця мали 6 оглянутих хворих (21,4% спостережень), цукровий діабет 1 типу - 3 пацієнта (10,7%), цукровий діабет II типу - 5 осіб (17,8%); системну червону вовчанку - 1 пацієнт, тиреоїдит - 1 хворий

та вузловий зоб - 1 особа (відповідно по 3,5% серед обстежених), без супутньої патології - 11 осіб (39,6%). Серцево-судинні ускладнення за рахунок постінфарктного кардіосклерозу відмічені у 3 (10,7%) пацієнтів.

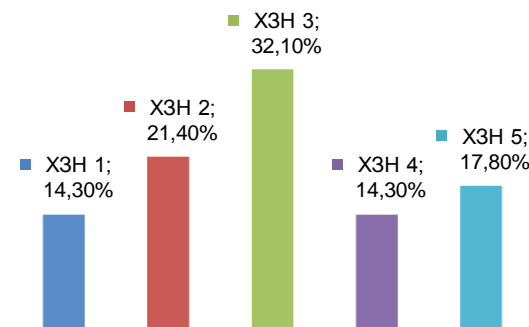


Рис. 1. Структура ХЗН у пацієнтів з АГ.

Показники швидкості клубочкової фільтрації серед пацієнтів, що знаходились під нашим наглядом подані в таблиці 1

Таблиця 1  
Швидкість клубочкової фільтрації у пацієнтів з ХЗН та АГ

> 90 мл/хв/1,7 м2	60-89 мл/хв/1,7 м2	30-59 мл/хв/1,7 м2	15-29 мл/хв/1,7 м2	<15 мл/хв/1,7 м2
2 (7,1 %)	7 (25%)	8 (28,6%)	1 (3,5%)	10 (35,7%)

Результати аналізу загального холестерину показали, що рівень показника до 4 ммоль/л мали 5 обстежених (17,85%); 4-5 ммоль/л - 6 осіб (21,42%); 5-6 ммоль/л - 6 осіб (21,42%); 6-7 ммоль/л - 7 осіб (25%); більше 7 ммоль/л - 4 особи (14,28%).

Аналіз ЕКГ дозволив виявити блокаду лівої ніжки пучка Гіса у 3 пацієнтів (10,7%), блокаду правої ніжки пучка Гіса у 2 хворих (7,1 %), гіпертрофію лівого шлуночка у 15 обстежених (53,6%) та атріовентрикулярну блокаду 2 ст у 1 особи (3,5%).

На момент надходження до нефрологічного відділення у всіх пацієнтів мало місце стійке підвищення артеріального тиску, що у 18 з яких (64,3% спостережень) потребувало корекції антигіпертензивної терапії на фоні базисної з приводу ХЗН. За нашими даними, через 7 днів лікування у 12 пацієнтів цифри високого артеріального тиску (АТ) нормалізувались та у 6 пацієнтів – мали тенденцію до зниження. Обсяг медикаментозного контролю високого АТ у досліджуваних з ХЗН представлено у таблиці 2.

Таблиця 2  
Обсяг медикаментозних призначень щодо контролю високого артеріального тиску у пацієнтів з ХЗН

Однокомпонентна антигіпертензивна терапія	Двох - та трьохкомпонентна антигіпертензивна терапія	Не приймає антигіпертензивну терапію
39,3% (11 хворих)	57,1% (16 пацієнтів)	3,5% (1 хворий)
інгібітори АПФ (6 хворих; 54,4%)	інгібітор АПФ та діуретик (5 хворих; 31,25%)	-
антагоністи кальцію (1 хворий; 9,09%)	β - блокатор та інгібітор АПФ (4 пацієнти; 25%)	-
β- блокатори (4 пацієнти; 36,4%)	β - блокатор та антагоніст кальцію (3 хворих; 18,75%)	-
	β – блокатор, інгібітор АПФ та діуретик ( 2 хворих; 12,5%)	-
	β – блокатор, блокатор рецепторів до ангіотензину та діуретик (2 хворих; 12,5%)	-

Оцінка серцево-судинного ризику за шкалою SCOR у хворих з АГ та патологією нирок показала, що 10 пацієнтів (34,9%) не мали шкідливих звичок, 9 осіб (32,1%) - курить та зловживає алкогольними напоями, 2 особи (8%) тільки курить, та 7 хворих (25%) зловживає алкогольними напоями.

Стратифікація ризику для оцінки прогнозу у хворих з АГ показала, що високий ризик був у 6 пацієнтів (21,4%), дуже високий у 23 хворих (78,6%) за рахунок підвищеного загального холестерину, шкідливих звичок та хронічного захворювання нирок IV-V стадії. В табл.3 подані дані щодо оцінки

серцево - судинного ризику за шкалою SCOR на 10 років серед обстежених пацієнтів з ХЗН та АГ.

Таблиця 3

Відсоток ризику розвитку серцево-судинних ускладнень за шкалою SCOR	Питома вага серед обстежених	Абсолютна кількість, стать
0 %	32,1%	5 жінок 4 чоловіків
1%	10,7%	1 жінка 2 чоловіки
2%	10,7%	2 жінки, 1 чоловік
3%	3,5%	- 1 чоловік
4-5%	14,3%	2 жінки 2 чоловіки
6-9%	10,7%	- 3 чоловіки
10-14%	14,3%	2 жінки 2 чоловіки
>15 %	3,5%	1 жінка -

#### Висновки

1. Хворі до 29 років з АГ та патологією нирок і без шкідливих звичок мали до 1% ризику розвитку серцево - судинних ускладнень за шкалою SCOR
2. Високий та дуже високий ризик розвитку серцево - судинних ускладнень у пацієнтів з АГ пов'язана з формуванням хронічних захворювань нирок IV-V стадії.

Л.В.Сапожниченко, О.С.Калашникова, О.О.Марзан, Г.В.Курочка

#### ВИКОРИСТАННЯ ДАБІГАТРАНУ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ТА ТРОМБОЗОМ ВУШОК ПЕРЕДСЕРДЬ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра внутрішньої медицини 3

**Мета:** оцінити ефективність та безпечність призначення дабігатрану у пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь (ФП) та тромбозом вусок передсердь.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 70 пацієнтів з неклапанною ФП, які у вигляді антикоагулянтної терапії отримували дабігатран в дозі 150 мг або 110 мг двічі на день в залежності від швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та ризику кровотечі у період з вересня 2014 р. до серпня 2015 р.

**Результати.** Середній вік пацієнтів склав 64±9 років, кількість чоловіків – 40, жінок – 30, з персистуючою формою ФП – 61 пацієнт, з постійною - 9. Хворі, яким антикоагулянтна терапія проводилась дабігатраном, мали в середньому 3,6 бали за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Серед показників переважали застійна серцева недостатність/дисфункція лівого шлуночка з фракцією викиду ≤ 40% (16бал), яка склала 88,6%; артеріальна гіпертензія (АГ) (16бал) – 80,0%; судинні захворювання (16бал) – 58,6%; жіноча стать (1 бал) – 40,0%; вік 65-74 роки (1 бал) – 37,1%; вік ≥ 75 років (2 бали) – 10,0%; інсульт, транзиторна ішемічна атака або артеріальна тромбоемболія в анамнезі (2 бали) – 7,2%; цукровий діабет (1 бал) – 7,1%. Сума балів 1 за даною шкалою (очікувана частота тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) за рік 1,3%) - 3 пацієнти (4,3%); сума балів 2 (очікувана частота ТЕУ за рік 2,2%) - 16 пацієнтів (22,9%); сума балів 3 (очікувана частота ТЕУ за рік 3,2%) - 16 пацієнтів (22,9%); сума балів 4 (очікувана частота ТЕУ за рік 4,0%) - 15 пацієнтів (21,4%); сума балів 5 (очікувана частота ТЕУ за рік 6,7%) - 14 пацієнтів (20,0%); сума балів 6 (очікувана частота ТЕУ за рік 9,8%) - 6 пацієнтів (8,6%). За шкалою HAS-BLED для оцінки ризику

кровотеч при ФП отримано такі результати: пацієнти з АГ – 80,0%; прийом антиагрегантів, нестероїдних протизапальних засобів/алкоголізм – 45,7%; вік старше 65 років – 44,3%; порушення функції нирок/печінки – 8,6%; інсульт – 7,2%; кровотечі – 0; лабільність міжнародного нормалізованого співвідношення – 0. Кількість пацієнтів з високим ризиком кровотечі (3 і більше бали за шкалою HAS-BLED) становила 18 (25,7%). ШКФ < 50 мл/хв мали 5% хворих. Також всім пацієнтам було проведено черезстраховідну ЕхоКГ. Формування тромбів у вусці лівого передсердя спостерігалось у 67 пацієнтів (95,7%) та у більшості з них тромби були організованими – 64 пацієнти, що складає 95,5%. За період спостереження тромбоемболічне ускладнення спостерігалось в одного пацієнта, малі кровотечі виникли у 5 (7,1%) хворих.

**Підсумок.** Пацієнти з ФП неклапанного генезу та тромбозом вусок передсердь мали в середньому 3,6 бали за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc та 25,7% з них відносились до групи високого ризику за шкалою HAS-BLED. Використання дабігатрану в дозі 150 мг або 110 мг двічі на день є ефективним та безпечним в профілактиці ТЕУ у пацієнтів даної групи.

Д.С.Слесаренко

#### СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Заболеваемость сепсисом увеличивается с каждым годом и эта тенденция не меняется десятилетиями. Сепсис является ведущей причиной смертности при критических заболеваниях во всем мире. При этом до сих пор не существует специфичного и эффективного способа лечения сепсиса, а вопросы диагностики остаются дискуссионными. Традиционная диагностика бактериальных культур в пробах крови длительный, не всегда достоверный и дорогостоящий процесс. Да он и теряет свою определяющую роль в связи с новым определением сепсиса мировым консенсусом (2016). На сегодняшний день сепсис рассматривается не как банальная бактериемия, а как угрожающая жизни органная дисфункция, вызванная нарушением регуляции реакций организма пациента на инфекцию. В научной литературе появились работы, свидетельствующие о том, что бактерии в кровотоке, а именно их эндотоксины, вызывают некоторые специфические ответные реакции организма, приводящие к образованию не типичных для здорового человека белков, которые получили название – биомаркеры.

**Цель:** уменьшить смертность от сепсиса путем его ранней диагностики с помощью биомаркеров.

Рассмотрим биомаркер прокальцитонин (РСТ). Это белок состоящий из 116 аминокислот, имеющих ту же последовательность, что и предшественник кальцитонина. РСТ наиболее активный и специфичный параметр среди доступных диагностических признаков сепсиса, его диагностическая специфичность, в зависимости от клинических условий, составляет от 70% до 100%. Большинство клинических исследований определяет чувствительность и эффективность теста в 90-95%. Для клиники тест РСТ предлагает следующую выгоду: биомаркер определяется в крови здоровых людей и достоверно и специфично повышается при тяжелых бактериальных инфекциях кровотока. Преимущество для лаборатории – диагностический тест проводится не более чем за 4 часа после забора крови, не требуется специальных условий хранения образцов. РСТ реагирует на начало септического процесса следующим образом: через 2-3 часа после начала системной реакции на инфекцию уровень РСТ начинает повышаться. РСТ отвечает на эффективно проводимое лечение следующим образом: успешно проводимое лечение сопровождается снижением уровня РСТ, при периоде полувыведения, равном 24 часам можно ожидать снижение концентрации до 50% за сутки. Подобно другим лабораторным показателям уровень РСТ может повышаться и в каких-то других случа-